

UN CAS DE GLOMERULONEPHRITE ASSOCIE A DES EPISODES D'INFECTION A GRAM(-) REVELATEUR D'UN LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ

FONGORO S, MAIGA M.K, DIARRA I, MAIGA HAMSATOU T
Service de Néphrologie et d'hémodialyse – Hôpital du Point G

RESUME

*Les infections sont fréquentes au cours des poussées de lupus érythémateux disséminé (LED) et les patients traités par corticoïdes ou autres immunosuppresseurs. Les auteurs rapportent le cas d'une patiente présentant une infection à *Salmonelle enteridis* précédant un lupus non encore diagnostiqué.*

*La symptomatologie a débuté par des œdèmes des membres inférieurs et du visage. Les stigmates de l'atteinte rénale étaient la protéinurie à 2,82 g/24h, une hématurie microscopique et une leucocyturie. La culture des urines était positive à *Salmonelle enteridis* associée à un sero-diagnostic Widal positif. La ponction biopsie rénale a montré des lésions segmentaires et focales et des dépôts extra-membraneux. Le bilan de vascularite a mis en évidence la présence des anti-corps anti-DNA natifs à 1130 U/ml, les anticorps anti-phospholipiques, des anticorps RNP et SSA, et des anticorps cardiolipiques.*

La patiente a bénéficié de la Prednisone 1 mg/kg/j et un bolus d'Endoxan 500 mg/m², Enalapril 2,5 mg/j et Sulfamethoxazole-Triméthoprime 500 mg/j.

L'évolution a été marquée par la survenue d'une dépression et d'une hépatite lupique.

MOTS CLES : *Salmonelle, lupus, hématurie, leucocyturie*

INTRODUCTION

La survenue d'infection au cours du lupus érythémateux disséminé, particulièrement lors des poussées évolutives de la maladie et chez les patients traités par corticoïdes et immunosuppresseurs est courante (1). Les salmonelles non typhiques sont plus fréquentes chez les sujets atteints de LED que chez les sujets sains(2). Nous rapportons un cas de LED chez une jeune femme révélé par des signes d'une atteinte rénale associée à des épisodes infectieux par les germes Gram négatif.

OBSERVATION

Madame SIDIBE D, âgée de 37 ans est admise dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'Hôpital du Point G pour œdèmes du visage et des membres inférieurs.

La symptomatologie a débuté par l'installation progressive d'œdèmes des membres inférieurs et du visage traités à Paris par Furosémide et Cyclo3 sans succès. On retrouve dans ses antécédents une méningite, un paludisme, une intervention chirurgicale périnéale en 2001 à Paris.

L'examen révèle un poids de 51Kg, pour 1,60m de taille, une pression artérielle à 110/60mmHg ; un discret œdème des membres inférieurs prenant le godet. On note également des adénopathies inguinales et axillaires. Il n'existe aucune manifestation articulaire et cutanée. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale en dehors d'une tachycardie à 120 pulsations/mn.

Les examens réalisés avant l'admission montrent une anémie microcytaire à 8,9 g/dl d'hémoglobine, une leucocyturie et une hématurie microscopique avec uroculture positive à *Colibacilles*, et une protéinurie de 24 h à 0,8 g. L'examen cytologique et bactériologique de la ponction ganglionnaire et la recherche de BAAR sont négatifs.

Les examens complémentaires réalisés au cours de l'hospitalisation révèlent entre autre une leucocyturie et une hématurie microscopique avec uroculture positive à *Salmonelle enteridis* à l'examen cytologique et bactériologique des urines. Le sérodiagnostic de Widal est positif. Le reste du bilan sérologique comprenant la recherche du VIH, de l'hépatite B, de la syphilis et du streptocoque est négatif. La protéinurie de 24 h est à 2,82 g. Cette protéinurie est associée à une protidémie à la limite inférieure de la normale, une hypoalbuminémie, une hypogammaglobulinémie et une hyperalphaglobulinémie. La créatininémie passe de 131µmol/l au premier contrôle à 96µmol/l au deuxième contrôle. Les deux reins sécrètent dans les délais normaux.

Le diagnostic évoqué est celui d'une glomérulonéphrite aiguë associée à une infection à *Salmonella enteridis*. Malgré une antibiothérapie à base d'Ofloxacine 800mg par 24 heures et des antiparasitaires (Praziquantel en prise unique et Thiabendazole) aucune amélioration n'est observée. Une ponction biopsie rénale réalisée le 10/09/02 en France, montre une glomérulonéphrite lupique au stade IV de la classification de l'OMS. En fait les lésions associaient des dépôts extra-membraneux au stade II et une hyalinose segmentaire et focale mais qui par leur abondance supérieure à 50 % mériterait de rentrer dans la classe IV de l'OMS.. Il existait très peu de lésions nécrotiques 3 ou 4, mais une fibrose tubulo-interstitielle de 20 %. Les examens biologiques avec des résultats ci-dessous confirment le diagnostic de la néphropathie lupique en particulier :une anémie microcytaire à 7,6g/dl d'hémoglobine, une accélération de la VS à 79mm à la première heure, une CRP à 61mg, une féri-tinémie à 1090 ng avec fer sérique normal, une hypergammaglobulinémie polyclonale à 16,5 g/l,

une hypoprotidémie à 48g/l avec hypoalbuminémie à 14,8g/l et une protéinurie à 7,05 g/dl.

Le bilan de vascularite met en évidence des anticorps anti-DNA natifs à 1130UI/ml, anticorps anti-phospholipiques à 16 µPC, la présence d'anti-RNP, d'anti-SSA et des anticorps cardiolipiques.

Le typage lymphocytaire montre une forte immunodépression avec des CD4 à 133.

La patiente a bénéficié de la Prednisone 1 mg/kg/j, un bolus d'Endoxan 500mg/m², Enalapril 2,5 mg/j, Sulfaméthoxazole-Triméthoprime 500 mg/j.

L'évolution a été marquée par l'apparition d'une dépression avec atrophie corticale et cérébelleuse à l'IRM et une hépatite lupique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les infections à *Salmonelle* en particulier non typhiques ne sont pas rares, mais leur incidence est diversement appréciée dans la littérature. Celle-ci varie de 2,9 à 25%(3-4). Au Mali 106 cas ont été diagnostiqués au cours des syndromes fébriles en médecine interne (5). Cependant les infections urogénitales sont très rares au cours des *Salmonelloses* (6). L'atteinte rénale est le plus souvent une glomérulonéphrite aiguë dont le tableau clinique n'est pas différent de celui de la glomérulonéphrite post-streptococcique (7). Les manifestations cliniques sont la fièvre, les troubles gastro-intestinaux, les œdèmes des membres inférieurs et du visage, une hypertension artérielle, des urines troubles, une hématurie microscopique et une protéinurie supérieure à 1 g/24h (8). Le tableau clinique rencontré chez notre patiente est celui des œdèmes du visage, des membres inférieurs, d'anomalies urinaires faites d'une leucocyturie associée à une hématurie microscopique, et une protéinurie abondante sans hypertension artérielle. Il faut noter que la *Salmonellose* peut se présenter comme une infection urinaire au début (9). Notre patiente a fait deux épisodes d'infection urinaire. Une première infection urinaire à *Colibacilles* avec une protéinurie à 0,8 g/24h et une deuxième infection urinaire à *Salmonelle enteridis* avec une protéinurie à 2,82 g/24h. Un syndrome urinaire fait d'hématurie microscopique et d'une protéinurie abondante non sélective et le plus souvent associé à un syndrome œdémateux définit une glomérulonéphrite (10). La glomérulonéphrite succède généralement à l'infection, mais peut la précéder et même amener à découvrir l'infection (11). L'examen cytologique et bactériologique réalisé au cours du syndrome œdémateux d'origine glomérulaire a révélé une infection à *Salmonelle enteridis* avec un sero-diagnostic de Widal positif chez notre patiente fait suspecter une glomérulonéphrite associée à une *Salmonelle*. Les *salmonelloses* extra-intestinales sont favorisées par certaines pathologies sous-jacentes particulièrement les hémoglobinopathies, les hémopathies malignes, le VIH et le Lupus systémique (6). La pathologie sous-jacente dans notre cas était le lupus systémique sans

manifestation cutanée ou ostéo-articulaire pouvant orienter le diagnostic.

Les infections semblent être favorisées par le portage chronique, lui-même plus fréquent au cours du lupus érythémateux disséminé(12). Quelques séries de Lupus érythémateux disséminés compliqués d'infection à *Salmonelle* ont été décrites (2,13).

Les infections au cours du lupus érythémateux disséminé sont liées à la maladie elle-même qu'au traitements utilisés(1). Dans notre cas l'infection à *Salmonelle* était liée au lupus et non traitement car le lupus était non encore diagnostiqué. Le rôle de l'immunité cellulaire dans la défense de l'organisme contre les *Salmonelles* est prépondérante, et il a été indirectement confirmé par l'éclosion des septicémies à *Salmonelles* avec l'apparition du SIDA.

Le typage lymphocytaire de notre patiente a montré une forte immunodépression avec des CD4 à 133. Les anticorps anti-nucléaires constituent le stigmate du lupus bien qu'ils ne soient pas spécifiques (14). L'identification des anticorps anti-nucléaires a permis de retrouver dans notre cas les anticorps anti-DNA natifs, les anticorps anti-RNP et anti-SSA, par contre les anticorps anti-ribosomes sont négatifs ;

La fréquence des manifestations rénales, leur intérêt diagnostique, mais surtout leur signification pronostique ont fait de l'atteinte rénale la localisation cardinale du lupus. Notre observation se singularise par le caractère révélateur de l'infection ; car malgré l'atteinte rénale. Le diagnostic non suspecté cliniquement, a été porté par la ponction biopsie rénale.

CONCLUSION

Les *salmonelloses* extra-digestives surviennent volontiers sur un terrain prédisposé et particulièrement lors des états d'immunodépression. La survenue d'une *salmonellose* extra-digestive chez une patiente jeune doit faire rechercher une maladie lupique sous-jacente.

REFERENCES

- 1 ENEREAU T, LORTHOLARY O, SAUVAGET F, COHEN P, JARROUSSE B, GUILLEVIN L - Complications infectieuses des maladies systémiques. *Med Mal Infect*, 1995 ; 25 : 976-984.
- 2 ABRAMSON S, KRAMER S.B, RADIN A, HOLZMAN R - *Salmonella bacteriemia* in systemic lupus erythematosus : eight year experience at a municipal hospital. *Arthritis rhum*, 1985 ; 28 : 75-79.
- 3 BARDIE F, ROLAND J.C, AUDURIER A, GRENIER B- *Salmonelloses* : étude rétrospective de 136 malades hospitalisés au CHU de Tour. *Sem Hôp Paris*, 1975 ; 51 : 581-91.

- 4 BLASER M.J, FELDMAN R.A - Salmonella bacteriemia : reports to the centers for disease contrôle 1968-1979. J. Infect Dis , 1981 ; 143 : 743-746
- 5 MAÏGA I.A - Les syndromes fébriles en médecine interne à Bamako. Thèse de médecine , Bamako ; 1980 : 45.
- 6 COHEN J, BARLETT J.A, COREY G.R - Extra-intestinal manifestation of Salmonella infections. Medecine, 1987 ; 66 : 349-388.
- 7 BUKA I ; COOVADIA HM - Typhoid glomerulonephritis. Arch. Dis. Child ; 1980 ; 55 (4) ; 305-307.
- 8 PHACHAROEN C ; Wongsawat J ; PHACHAROEN S ; THISYAKORN V - Thyphiod glomerulonephritis in a child : a rare complication of thyphoid fever. National Library of Medicine @ 2003.
- 9 KLOTZ SA ; JORGENSEN JH ; BUCKWOLD FJ ; CRAVEN PC - Typhoid fever : an epidemic with remarkably few clinical signs and symptoms. Arch. Interne Med ; 1984 : 3 ; 533-537.
- 10 NOUMSI TN - Prévalence des infections streptococciques dans la survenue des GNA post-infectieuses. Thèse de méd. Bamako. 2000 n°4.
- 11 KLEINKNECHT D ; MONTSENY JJ ; CALLARD PJ ; MEYRIER A - Les glomérulonéphrites d'origines infectieuses. Rev. Prat. Paris : 1991 , 41 , 24.
- 12 MEDINA F, FRAGA A, LAVALLE C - Salmonella septic arthritis in systemic lupus erythematosus. The importance of chronic carrier state. J. Rheumatol, 1989 ; 16 : 203-208.
- 13 RAMOS J.M, GARCIA CORBEÏRA P, AGUADO J.M - No typhoid Salmonella extra-intestinal infections in patients with systemic lupus erythematosus. J. Rheumatol ,1995 ; 22 : 2193-2194.
- 14 D. VITAL-DURAND, H. ROUSSET, M. FAURE. Le lupus érythémateux aigu disséminé de l'adulte : aspects cliniques et évolutifs. Rev. Prat, 1990 ; 40(21) : 1920-9.